Agenda de la crise de migraine

Nom : ....

Prénom : ....

Adresse : ....

....

....

Tél : ....



La migraine est une maladie très handicapante en raison de la fréquence des crises, de leur longueur, de leur intensité, de la récurrence de la douleur et du retentissement sur la vie professionnelle, sociale et familiale.

Afin d'optimiser la prise en charge de votre migraine et d'aider le médecin à trouver le meilleur traitement, il est conseillé de tenir un agenda de la crise. Présentez-le à votre médecin lors de votre consultation migraine pour l'aider dans son analyse.



Mode d'emploi de l'agenda de la crise

Il s'agit de remplir toutes les cases de l'agenda sur la ligne correspondant au jour de la crise.

Si vous êtes une femme, indiquez le premier jour des règles en entourant la date correspondante dans la première colonne.

Votre migraine

L'évaluation de ces différents paramètres permettra à votre médecin de connaître le profil de votre crise de migraine.

• ***La durée :*** les crises peuvent être plus ou moins longues (jusqu'à 72 heures).

• ***L'intensité :*** les crises peuvent être d'intensité légère (+), modérée (++), ou sévère (+++).

• ***La présence de symptômes associés :***
les crises peuvent être accompagnées de nausées (N), vomissements (V), intolérance à la lumière (IL) ou intolérance au bruit (IB). Ces signes permettent de mieux connaître le degré de gêne occasionné par vos crises.

• ***Facteurs déclenchants :*** noter dans cette case les facteurs qui vous semblent être à l'origine de votre crise (aliments, climat, hormones (règles), stress, sommeil...).



Traitement

• ***Nom du médicament :*** afin que le médecin connaisse les caractéristiques du médicament que vous prenez.

• ***Nombre de comprimé(s) pris :*** permet de faire le point sur votre consommation et d'évaluer la pertinence de votre traitement actuel.

• ***Récurrence*** (réapparition de la douleur dans les 24 heures après un soulagement initial) : permet au médecin de prescrire le médicament le plus adapté à votre type de crise.

Examens complémentaires

Vous pourrez ainsi noter tous les examens complémentaires que vous avez pus subir dans le cadre de vos crises de migraine.

Mois : .... Nombre de comprimé(s) par mois : ....

Profil de crise					Traitement		
Jours	*Durée de la migraine (en heures)*	*Intensité* + / ++ / +++	Symptômes associés (N, V, IB, IL)	Facteurs déclenchants	Nom du médicament	Nombre de comprimé(s)	Récurrence (Oui/Non)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

N = nausées • V = vomissements • IB : intolérance au bruit • IL : intolérance à la lumière

Mois : ....   Nombre de comprimé(s) par mois : ....

Profil de crise					Traitement		
Jours	*Durée de la migraine (en heures)*	*Intensité* + / ++ / +++	Symptômes associés (N, V, IB, IL)	Facteurs déclenchants	Nom du médicament	Nombre de comprimé(s)	Récurrence (Oui/Non)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

N = nausées • V = vomissements • IB : intolérance au bruit • IL : intolérance à la lumière

Mois : .... Nombre de comprimé(s) par mois : ....

Profil de crise					Traitement		
Jours	*Durée de la migraine (en heures)*	*Intensité* + / ++ / +++	Symptômes associés (N, V, IB, IL)	Facteurs déclenchants	Nom du médicament	Nombre de comprimé(s)	Récurrence (Oui/Non)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

N = nausées • V = vomissements • IB : intolérance au bruit • IL : intolérance à la lumière

Mois : .... Nombre de comprimé(s) par mois : ....

	Profil de crise				Traitement		
Jours	*Durée de la migraine (en heures)*	*Intensité* + / ++ / +++	Symptômes associés (N, V, IB, IL)	Facteurs déclenchants	Nom du médicament	Nombre de comprimé(s)	Récurrence (Oui/Non)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

N = nausées • V = vomissements • IB : intolérance au bruit • IL : intolérance à la lumière

Mois : .... Nombre de comprimé(s) par mois : ....

Profil de crise					Traitement		
Jours	*Durée de la migraine (en heures)*	*Intensité* + / ++ / +++	Symptômes associés (N, V, IB, IL)	Facteurs déclenchants	Nom du médicament	Nombre de comprimé(s)	Récurrence (Oui/Non)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

N = nausées • V = vomissements • IB : intolérance au bruit • IL : intolérance à la lumière

Mois : .... Nombre de comprimé(s) par mois : ....

Profil de crise					Traitement		
Jours	*Durée de la migraine (en heures)*	*Intensité* + / ++ / +++	Symptômes associés (N, V, IB, IL)	Facteurs déclenchants	Nom du médicament	Nombre de comprimé(s)	Récurrence (Oui/Non)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

N = nausées • V = vomissements • IB : intolérance au bruit • IL : intolérance à la lumière

Vos examens complémentaires

Notez dans ce tableau, les examens complémentaires *(sanguins, radiologiques ou autres)* que vous avez pus subir dans le cadre de vos crises de migraine :

Date	Type d'examen	Résultat

Notes personnelles

Cachet du médecin

Document établi en 03/08

1TIG01103/08

